Aus der Königlichen Universitätsfrauenklinik zu Kiel.

Über die
vom 1. Oktober 1910 bis 1. November 1913
an der Kieler Universitätsfrauenklinik zur
Beobachtung gekommenen Fälle
von

Extrauteringravidität.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Ernst Forche
Medizinalpraktikant aus Insterburg.

BREMEN 1914.
A. Guthe, Buchdruckerei.

Aus der Königlichen Universitätsfrauenklinik zu Kiel.

Über die
vom 1. Oktober 1910 bis 1. November 1913
an der Kieler Universitätsfrauenklinik zur
Beobachtung gekommenen Fälle
von

Extrauteringravidität.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Forche
Medizinalpraktikant aus Insterburg.

BREMEN 1914.
A. Guthe, Buchdruckerei.

Nr. 113.
Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. **Stoeckel.**

Zum Druck genehmigt:

Lüthje,
z. Zt. Dekan.

In den 10 Jahren seit dem Erscheinen von R. Werth's[11] umfassender Monographie der Extrauterinschwangerschaft im Jahre 1904, die durch erschöpfende Literaturberücksichtigung ein Zurückgreifen auf frühere Zeit überflüssig macht, sind eine große Zahl von neueren Arbeiten erschienen, in denen das Bestreben zum Ausdruck kommt, weiter in der Erkenntnis, besonders der Aetiologie und Diagnostik, dieses interessanten Krankheitsbildes vorzudringen. Es wird das nur möglich sein durch Berücksichtigung eines großen Materials und dieses wiederum zusammenzutragen, ist die Aufgabe der großen Kliniken, die am meisten Gelegenheit zur Beobachtung solcher Fälle haben. Aus diesem Gedankengang heraus habe ich, angeregt durch Herrn Professor Stoeckel, die an der Frauenklinik in Kiel in der Zeit vom 1. Oktober 1910 bis zum 1. November 1913 zur Beobachtung gekommenen Fälle, im ganzen 101, gesammelt. 65 davon sind bereits von Bauereisen in seiner Arbeit über die Behandlung der Extrauteringravidität[1] zusammengestellt worden. Die Aufgabe dieser Arbeit ist es, auch abgesehen von der Behandlung, die wesentlichen Momente, die sich bei einer vergleichenden Zusammenstellung der vermehrten Fälle ergeben, statistisch zu verwerten, besonders auch die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zu berücksichtigen.

Uebereinstimmend mit früheren Beobachtungen haben auch wir eine größere Beteiligung der höheren Stufen des gebärfähigen Alters an dieser Erkrankung konstatieren können, die nach Hörmann[6] 3% aller gynäkologischen Krankheiten ausmacht. Von 99 Patientinnen, über deren Alter Angaben vorlagen, standen im Alter

von 20	Jahren	1
21—25	„	15
26—30	„	33
31—40	„	45
über 40	„	5.

Niemals schwanger gewesen waren 11, 1 Schwangerschaft hatten durchgemacht 22, die alle ausgetragen hatten. 17 waren 2 mal schwanger gewesen, 28 öfter.

Es findet diese Beobachtung ihre Erklärung in der Aetiologie. Diese ist zwar im einzelnen Fall ohne mikroskopische Untersuchung des Operationspräparates nicht zu erkennen, immerhin erlauben Angaben in der Anamnese und der Operationsbefund in vielen Fällen die Annahme von Erkrankungen, die die Tuben zum Abfangen des wandernden Eies praedisponiert haben. Es sind nach Hoehne[5], Micholitsch[7], Opitz[9] vor allem Faltenverschmelzungen und die Hoehne'schen intramuskulären Abzweigungen des Tubenlumens, die dem Ei gefährlich werden, und deren Vorkommen in überzeugender Weise durch die Abbildungen Hoehne's in seiner Arbeit über die Aetiologie der Extrauteringravidität[5] demonstriert wird. Zu diesen Anomalien aber führen, wenn man von der seltenen Salpingitis tuberkulosa absieht, die gonorrhoischen und im Anschluß an Abort oder Partus entstandenen Adnexerkrankungen, mit einem Wort die Salpingitis purulenta. Von ihr hervorgerufene Veränderungen sind denn auch bei der Operation kein seltener Befund an der nichtgraviden Tube und in 19 Fällen findet sich im Operationsbericht die Angabe, daß wegen solcher Veränderungen auch auf der anderen Seite die Salpingectomie ausgeführt sei. In 11 weiteren Fällen war eine zweite Tube überhaupt nicht mehr vorhanden, sondern schon früher — 4 mal wegen Anextumor und 7 mal wegen Tubargravidität — operativ entfernt. — Danach stellt sich das Verhältnis der wiederholten Extrauteringravidität zur einfachen nach unserem Material auf fast 7 % im Gegensatz zu der von Smith[10] aufgestellten Norm von 3,8 %. — Es war also in 30 von 93 in Betracht kommenden Fällen wegen hochgradiger Veränderungen die andere Tube entfernt. 16 mal waren diese Tubenveränderungen durch Angaben in der Anamnese erklärt oder jedenfalls damit in Zusammenhang zu bringen, und zwar war 7 mal eine Extrauteringravidität, 2 mal eine ascendierende Gonorrhoe und 7 mal fieberhafte Wochenbetten vorausgegangen. Aber noch öfter finden sich derartige anamnestische Angaben, und zwar im ganzen 10 mal über dysmenorrhoische Störungen, meist im Anschluß an einen Partus oder Abort entstanden, 19 mal fieberhafte Wochenbetten. 4 mal ließ sich eine noch bestehende Gonorrhoe nachweisen und 7 mal fanden

sich Beschreibungen von zweifellos als gonorrhoische Adnexitis zu deutenden Krankheitsbildern. 4 Patientinnen wußten darüber zu berichten, daß bei ihnen die Menses erst sehr spät, im Alter von 18—20 Jahren, zum erstenmal aufgetreten seien. Man könnte an Infantilismus der Geschlechtsorgane mit mangelhafter Flimmertätigkeit der hypoplastischen Tuben denken, die von Hoehne[5] als Grund für tubare Einnistung des befruchteten Eies beschrieben ist.

Der Verlauf der ektopischen Schwangerschaft vom Zeitpunkt der Eieinnistung bis zur Entwickelung der Krankheitserscheinungen des Abortes oder der Ruptur zeigt in der Mehrzahl der von mir zusammengestellten Fälle eine auffallende Gleichartigkeit. Nachdem seit den letzten Menses Unbehagen, geringe Leibschmerzen auf der Seite der graviden Tube, zuweilen Ohnmachtsanfälle — nur in 1 Falle von gleichzeitig bestehender intrauteriner Schwangerschaft typische subjektive Schwangerschaftszeichen — sich zu einem kaum bemerkten und schwer zu deutenden Krankheitsbild vereinigt hatten, blieben die Menses das nächste Mal aus und erst nach einigen Tagen oder Wochen stellte sich die erwartete Blutung ein, aber anhaltender und meist auch etwas stärker als die Periode, oft mit einseitigen Schmerzen in der Unterbauchgegend verbunden. 56 mal war dieser Typus des Anfangsverlaufs zu beobachten, in 6 Fällen dagegen setzte die Blutung genau an dem Tag der erwarteten Menses ein, in 16 weiteren begann sie bereits vor diesem Termin. Angaben darüber, ob in diesen letzten 22 Fällen die letzte Menstruation normale Stärke und Dauer gezeigt habe, fehlen, so daß die Frage offen bleibt, ob der Konzeptionstermin wirklich weniger als 4 Wochen oder doch weiter zurückliegt.

In 9 Fällen kam es überhaupt zu keiner Blutung nach außen, in 7 weiteren findet sich die Angabe einer ganz außerordentlich starken vaginalen Blutung.

In vielen Fällen blieb es bei den beschriebenen Erscheinungen, die nach längerem Bestehen schließlich die Patientinnen dazu vermochten, den Arzt aufzusuchen, besonders wenn noch der Abgang von hautartigen Stücken, die nach erfolgtem Fruchttod vor sich gehende Abstoßung der uterinen Decidua — klinisch beobachtet in 2 von den 101 Fällen — die Annahme, es handle sich um eine normale Menstruation, immer unwahrscheinlicher machte.

Dieser Zeitraum vom Beginn der Symptome bis zur Konsultation schwankt in weiten Grenzen, je nach der Indolenz der einzelnen Personen und mehrere Fälle, in denen er 2 und mehr Monate betrug, legen den Gedanken nahe, daß recht oft eine Extrauteringravidität nicht zur Beobachtung kommt, da ihre indolente Trägerin die vorhandenen Beschwerden ruhig bis zu dem Zeitpunkt erträgt, wo die Resorption der Blutcoagula und des Schwangerschaftprodukts einsetzt und eine fortschreitende Besserung des Befindens eine Konsultation unnötig macht.

Aber nur bei den leichtesten Fällen von Tubarabort ist das möglich, wie überhaupt nur bei Tubarabort es bei den beschriebenen Erscheinungen bleibt. Kommt es zur Ruptur, so ändert sich das Krankheitsbild, wenn überhaupt schon eins bestand, mit einem Schlage. Plötzlich einsetzender, shockartiger Schmerz, Zerreissungsgefühl, Erbrechen, Ohnmacht und zunehmende Blässe lassen auch den indolentsten Frauen keinen Zweifel über die Schwere der Erkrankung, die Notwendigkeit der Konsultation eines Arztes.

Diesen beiden Typen des Verlaufs der frühzeitig unterbrochenen Tubargravidität, stehen die Fälle gegenüber, — 4 von unseren 101 — in denen die Schwangerschaft die ersten 3 Monate überdauert und es unter zunehmenden Schmerzen, immer wiederkehrenden Blutungen, Uebelkeit, Erbrechen, Stuhl- und Harnbeschwerden, schließlich Kindsbewegungen und Zunahme des Leibesumfangs, zur Ausbildung eines von dem eben beschriebenen einheitlichen vollkommen abweichenden Krankheitsbildes kommt.

Aber auch jene Einheitlichkeit besteht nur in Bezug auf die ohne weiteres erkennbaren Symptome, der Untersuchungsbefund zeigt die größte Variabilität, die verschiedenartigsten Erscheinungsformen und bedingt so eine oft kaum zu überwindende Schwierigkeit der Diagnose. Diese gründet sich auf die Allgemeinwirkungen des stattgehabten Blutverlustes, den physikalischen Befund der nun extravasculär gelegenen Blutmassen und der durch die Schwangerschaft hervorgerufenen Tubengeschwulst, die Anamnese und die durch objektive Befunde gegebenen Hinweise auf eine stattgehabte Schwangerschaft.

Je nachdem der eine oder andere Teil des Krankheitsbildes besonders in den Vordergrund tritt, während die übrigen nicht

zur Ausbildung kommen, entstehen die zahlreichsten Variationen, werden die verschiedensten Fehldiagnosen nahegelegt.

Die größte Gleichartigkeit zeigt das Bild der Ruptur. Im Vordergrund stehen die allgemeinen Wirkungen des stattgehabten Blutverlustes, die hochgradige Blässe, der kleine oft sehr frequente Puls. Bei genauerer Untersuchung findet man die durch das im Cavum peritonei befindliche flüssige Blut bedingte Flankendämpfung, eine leichte Resistenz im Douglas, deutliche Temperaturerniedrigung und je nach dem Alter der Schwangerschaft mehr oder weniger deutlich auf einer Seite eine Tubengeschwulst. Die Anamnese läßt oft im Stich, da in einer großen Zahl der Fälle die Frauen in mehr oder weniger vernehmungsunfähigem Zustande eingeliefert werden, und nur die von den Angehörigen zu erhebenden Angaben über den akuten Beginn der Erscheinungen mit plötzlichem Schmerz im Hypogastrium, Erbrechen, Ohnmacht, wenn auch nicht eindeutig, dem untersuchenden Arzt den Gedanken an eine rupturierte Extrauteringravidität nahelegen. Kombiniert sich mit alledem noch der Befund von livider Verfärbung der Scheidenschleimhaut, Auflockerung der Portio und Colostrum in den Brüsten, so kann die Diagnose kaum als schwierig bezeichnet werden. Anders, wenn aus irgend einem Grunde die Blässe weniger in Erscheinung tritt, übersehen oder falsch gedeutet wird, andererseits die durch den Reiz des ins Cavum peritonei sich ergießenden Blutes bedingten Symptome in den Vordergrund treten. Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes, Flankendämpfung, der kleine frequente Puls können eine Peritonitis vortäuschen, die auch tatsächlich in 4 Fällen zunächst diagnostiziert wurde, wobei 3 mal bei rechtsseitigem Sitz der Tubargravidität eine Appendicitis, 1 mal bei linksseitigem ein perforiertes Magenulcus als Ausgangspunkt der vermeintlichen Peritonitis angenommen wurde.

Erheblich größer ist die Möglichkeit und Variabilität der diagnostischen Irrtümer beim inneren Fruchtkapselaufbruch. Der Blutverlust ist geringer, geht allmählicher vor sich und ist darum weniger auffällig. Dafür geben die beim Tubarabort meist vorhandenen geronnenen Blutmassen einen bei der bimanuellen Untersuchung deutlicher wahrnehmbaren Befund, zu dem dann noch der der Tubengeschwulst kommt, falls die beiden überhaupt von einander abzugrenzen sind.

Sehr wesentlich ist für die Diagnose des Tubarabortes die Anamnese. Verspäteter Eintritt eines als menstrual gedeuteten Blutabganges, dann Dauerblutung und anfallweise auftretende Schmerzen sind die am häufigsten wiederkehrenden Angaben, die zusammen mit den objektiven auf Schwangerschaft deutenden Befunden den Anlaß zu der nicht seltenen Fehldiagnose: uteriner Abort in seinen verschiedenen Stadien geben. Es ist dieser Irrtum in 6 von unseren Fällen vorgekommen, in dem teils von dem draußen behandelnden Arzt, teils bei der Aufnahme zunächst diese Diagnose gestellt wurde. Wie verhängnisvoll sie werden kann, zeigen 2 Fälle, in denen draußen vom Arzt curettiert wurde — was auch in einem Fall mit der Fehldiagnose Endometritis post partum geschah — und es im Anschluß an die Curettage zu Schüttelfrösten und Infektion einer Haematocele kam. In einigen von diesen Fällen waren wohl die Tastbefunde wenig deutlich und sind deshalb nicht erhoben worden, in anderen aber von ausgeprägter peritubarer Haematocele, wie sie in 20 unserer Fälle beobachtet wurde, ist der durch sie bedingte Tastbefund offensichtlich falsch gedeutet worden, indem teils alte Adnextumoren, teils im Anschluß an den unvollkommenen Abort entstandene angenommen wurden. Es ist dies in 3 Fällen vorgekommen, die überleiten zu denen, wo aus der Anamnese wenig zu entnehmen war und im Vordergrund der Erscheinungen die tumorartige Veränderung der Adnexe stand. 9 mal ist es so zu der Diagnose Adnextumoren gekommen und erst die Beobachtung in der Klinik vermochte den Irrtum aufzudecken.

Noch zahlreicher und variabler sind die durch eine retrouterine Haematocele, wie sie in 23 unserer Fälle zur Ausbildung kam, veranlaßten Fehldiagnosen. Die im hinteren Scheidengewölbe fühlbare Resistenz läßt die verschiedensten Erklärungsmöglichkeiten zu, die denn auch in den häufigen Fehldiagnosen zum Ausdruck kommen. 3 mal wurde eine Retroflexio uteri, 3 mal eine Pelveoperitonitis und 2 mal ein parametranes Exsudat angenommen. In 3 Fällen, in denen eine außerordentlich große Haematocele retrouterina, von der das Corpus uteri nicht abzugrenzen war, Harn- und Stuhlbeschwerden verursachte, hatten diese zusammen mit den Hinweisen auf eine bestehende Schwangerschaft den untersuchenden Arzt dazu vermocht, eine retroflexio uteri gravidi anzunehmen. Es ist in diesen Fällen wohl mit

schuld an der Fehldiagnose auch der durch die obere Begrenzung der Haematocele bedingte Palpationsbefund, der in 4 weiteren Fällen, in denen 1 mal Tumor ovarii und 3 mal Myome angenommen wurden, wohl der Hauptgrund für den Irrtum war.

Ganz besonderes Interesse beanspruchen 3 weitere Fehldiagnosen, zu denen es durch falsche Deutung von richtig und vollständig erhobenen Befunden kam. Die Diagnosen lauten:

1. Retroflexio uteri gravidi mit Adnextumor.
2. Adnextumor mit Douglasabscess nach Abort.
3. Graviditas, Adnextumor, Parametritis posterior.

In allen 3 Fällen war, wie wir es 7 mal beobachtet haben, neben einer retrouterinen eine peritubare Haematocele ausgebildet, aber trotzdem der Palpationsbefund offenbar richtig und vollständig erhoben, auch die Hinweise auf eine Schwangerschaft bemerkt und erkannt wurden, das Krankheitsbild also an Ausgeprägtheit und Vollständigkeit kaum etwas zu wünschen übrig ließ, blieb es doch bei einem Nebeneinander von kaum in Diagnosen umgesetzten Befunden, ohne daß die causa efficiens für alle erkannt wurde. In diesen Fällen hat offenbar der Gedanke an die Möglichkeit einer Extrauteringravidität dem Untersucher zu fern gelegen; wie sehr sie ihm in anderen Fällen bewußt war, zeigen eine große Anzahl von Fehldiagnosen, die umgekehrt eine ektopische Schwangerschaft annahmen, wo es sich in Wirklichkeit um Adnextumoren, Abortreste, Pelveoperitonitis, Appendicitis, in einem Fall um ein rupturiertes Corpus-luteum-Haematom handelte.

Dieser letzte Fall zeigt, daß auch die Aspiration von altem Blut bei der Punktion durch das hintere Scheidengewölbe nicht mit absoluter Sicherheit für Extrauteringravidität spricht. Schon Cooke[2)] hat auf diese Irrtumsmöglichkeit aufmerksam gemacht, indem er 2 Fälle beschreibt, in denen die Blutung einmal aus einem geplatzten Varixknoten des Ligamentum latum, 1 mal aus einem Corpus luteum erfolgt war. Doch das sind Ausnahmefälle. Im allgemeinen wurde bei positivem Ausfall der Punktion die Diagnose Extrauteringravidität als feststehend angenommen und von den differentialdiagnostischen Überlegungen zu therapeutischen Maßnahmen übergegangen.

Diese sind an unserer Klinik ausschließlich operative gewesen.

In 43 von 101 Fällen wurde die Notoperation ausgeführt, 6 mal bei meist infizierten Haematocelen die vaginale Incision, 51 mal wohlvorbereitete Laparotomien.

35 mal handelte es sich um Ruptur, 63 mal um Abort.

In 4 Fällen legte die dem Uterus dicht aufsitzende Tubengeschwulst die Möglichkeit einer Graviditas tubaria interstitialis nahe, 31 mal fand man eine Graviditas isthmica, 56 mal eine ampullaris. 2 mal wurden Foeten, die das zweite Drittel der Schwangerschaft erreicht hatten, entfernt, von denen der eine 16, der andere 25 cm lang war. 2 mal handelte es sich um ausgetragene Extrauteringravidität. Der eine Fall ist bereits von Bauereisen[1]) genau beschrieben, über den zweiten sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Beide kamen ad exitum.

Bei der Laparotomie betrug die Heilungsdauer in der Regel 12—24 Tage bis auf 12 Ausnahmen, in denen es durch Stumpfexsudat, Bauchdeckenabscess, sekundäre Wundheilung, zu Verzögerung der Rekonvalescenz und einer Heilungsdauer von 30—54 Tagen kam. Die vaginalen Incisionen zeigten bis auf einen Fall, der schon am 16. Tag entlassen werden konnte, eine sehr viel langsamere Heilung, deren Dauer durchschnittlich 40—50 Tage betrug.

Ausser den beiden erwähnten Fällen von ausgetragener Extrauteringravidität kamen noch 4 andere ad exitum. In allen war wegen violenter Ruptur die Notoperation ausgeführt worden.

Vollständig ausgeblutet und pulslos eingeliefert starb die eine von ihnen schon während der kaum begonnenen Operation an Verblutung. Auch sie hätte wohl gerettet werden können, wäre die Diagnose gleich richtig gestellt und die Frau eventuell an Ort und Stelle operiert worden. Unter der Fehldiagnose Appendicitis aber war die Patientin ohne besondere Beschleunigung zunächst nach der chirurgischen Klinik gebracht worden und durch Transport und Untersuchung Stunden kostbarer Zeit verloren.

Die zweite überlebte die Operation nur 1/4 Stunde. Die Sektion ergab, daß die betreffende Spermatica nicht unterbunden war, aus der sich die Frau dann verblutet hatte.

Im 3. Fall trat der Exitus 2 Tage post operationem ein, nachdem man während dieser Zeit die hochgradige Anaemie ver-

geblich durch Kochsalzinfusionen zu bekämpfen versucht hatte. Die Sektion ergab außer der deutlich erkennbaren Anaemie noch eine Lungenembolie, doch nicht von der Ausdehnung, daß sie neben der Anaemie als Todesursache in Betracht kommen könnte. Auch in diesem Falle waren vom Beginn der Erscheinungen bis zur Operation mehrere Stunden vergangen, so daß an die Möglichkeit einer Rettung durch sofortige Operation an Ort und Stelle gedacht werden muß.

Im 4. Fall war die Operation glatt von statten gegangen; wie oft bei Notoperationen war viel Blut in der Bauchhöhle zurückgelassen. 21 Tage post operationem konnte die Frau entlassen werden. 3 Wochen später aber kam es zu einer Neuerkrankung, der die Frau am 10. Tag erlag. Es handelte sich um eine Streptococcenperitonitis, für deren Entstehung ein noch nicht resorbierter Rest des zurückgelassenen Blutes scheinbar von Bedeutung war. Wie allerdings es 6 Wochen nach der Operation noch zur Infektion kommen konnte, ist eine schwer zu beantwortende Frage, besonders, da eine Infektion bei der Operation durch den zunächst glatten Heilungsverlauf ausgeschlossen erscheint. Am meisten Anspruch auf Wahrscheinlichkeit hat vielleicht noch die Annahme einer Infektion durch zufällig z. B. im Verlauf einer Angina im Blute kreisende Streptokokken, so daß also dieser Todesfall auf einen unberechenbaren Zufall zurückzuführen wäre.

Es stellt sich nach dem Gesagten die Mortalität der Extrauteringravidität in unserer Klinik auf 5,94 % und zeigt damit einen Wert, wie er durchschnittlich in neueren Veröffentlichungen zu finden ist. Hörmann[6] bezeichnet als Norm eine Schwankungsbreite von 6,4—15 % und es erscheint mir nicht unberechtigt, derartig weit auseinanderliegende Werte zu nennen. Handelt es sich doch nicht um ein und dasselbe stets gleichmäßig wiederkehrende, sondern um 3 verschiedene Krankheitsbilder von durchaus verschiedener Prognose.

Je nachdem eine Statistik reich mit Fällen von Ruptur oder gar von ausgebildeter Placenta belastet ist, wird sie eine hohe Mortalität aufweisen, je ausschließlicher sie Fälle von Abort bringt, desto geringer wird ihre Mortalität sein.

Dem ist Rechnung getragen durch Sonderstatistiken, ausgeführt unter andern von Fehling[6], ferner von der Nieder-

ländischen gynäkologischen Gesellschaft[8]. Es zeigt sich, das bei dieser Art der Berechnung scheinbar sehr verschiedene Mortalitätswerte einander recht nahe kommen; so ergab sich in den genannten Statistiken eine Rupturmortalität von 14 und 17,8 % und eine Abortmortalität von 0 und 2 %, also ein geringer Unterschied zu unseren Werten von 11,4 und 0 %.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Stoeckel zu danken für die Anregung zu dieser Arbeit und das in der Zeit ihrer Fertigstellung in liebenswürdigster Weise an ihr genommene Interesse, Herrn Prof. Hoehne für die gütige Unterstützung durch seinen Rat und die Hinlenkung meiner Aufmerksamkeit auf die wichtigsten Momente dieses interessanten Krankheitsbildes.

Literatur.

1. A. Bauereisen: Die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Juli-Heft 1913 der Jahreskurse für ärztliche Fortbildung.
2. H. B. Cooke: Bemerkungen über intraperitoneale Blutungen ausgehend von den weiblichen Beckenorganen, die von den Blutungen bei Extrauteringravidität nicht zu unterscheiden sind. Zentralblatt für Gynäkologie 1911, Nr. 26.
3. H. Fehling: Grundsätze und Erfahrungen in der Behandlung der Tubenschwangerschaft der frühen Monate. Archiv für Gynäkologie 1911, Bd. 92, Heft 1.
4. O. Hoehne: Die Hypoplasie der Tuben in ihrer Beziehung zur Extrauteringravidität. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1909, Bd. 63, Heft 1.
5. O. Hoehne: Über die Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft, speziell der Graviditas tubaria unter Mitberücksichtigung der anderseitigen nichtgraviden Tube. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, Juli-Heft 1913.
6. Hörmann: Zur Klinik der ektopischen Schwangerschaft. Münchener medizinische Wochenschrift 1906, Heft 45, p. 2226.
7. Micholitsch: Zur Ätiologie der Tubargravidität. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1903, Band 49, Heft 1.
8. Niederländische gynäkologische Gesellschaft, Sitzung vom 16. Mai 1909. Zentralblatt für Gynäkologie 1910, Nr. 51.
9. E. Opitz: Über die Ursachen der Ansiedelung des Eies im Eileiter. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1903, Bd. 48, Heft 1.
10. R. R. Smith: Repeated ectopic pregnancy with a rapport of four cases and a statistical Review of the Litterature. The american Journal of Obst. Vol. 64, Nr. 3, 1911.
11. R. Werth: Die Extrauterinschwangerschaft. Von Winckels Handbuch der Geburtshilfe, Bd. II, 1904.

Kurze Auszüge aus den Krankengeschichten.

Nr. 1. J.-Nr. 664. Fr. B. S., 35 Jahre alt, 1 Geburt, 1 Abort, Wochenbetten o. B., März 1909 wegen linksseitiger Extrauteringravidität operiert: Salpingoophorektomia sin., Menses regelmäßig, im Juni nach 8wöchentlicher Pause 8tägige Blutung. Aufnahme am 12. X. 1910. Allgemeinbefinden gut, Uterus sinistroponiert, rechts neben ihm eine faustgroße, sehr schmerzhafte Geschwulst. Operation am 14. X.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: rupturierte Graviditas tubaria dextra, Haematoma ovarii dextr., linke Adnexe nicht vorhanden (vergl. Anamnese), glatter Verlauf. Entlassung am 28. X. 10.: Bauchwunde per primam geheilt, an der rechten Beckenwand eine wallnußgroße empfindliche Verdichtung.

Bemerkung: 2 Wochen vor der Aufnahme vom behandelnden Arzt curettiert.

Nr. 2. J.-Nr. 675. Fr. D. S., 21 Jahre alt, 1 Geburt 1907, kein Abort, Wochenbett fieberhaft, Menses regelmäßig, L. M. vor 6 Wochen, seit 14 Tagen Schmerzen in der linken Seite, einmal Erbrechen, seit gestern, 16. X. genitale Blutung. Aufnahme am 16. X. 10.: geringe Blässe, links neben dem Uterus eine faustgroße, mäßig schmerzhafte Resistenz, Douglas leer. Operation am 18. X.: Salpingo-oophorektomia sin. Operationsbefund: faustgroßer Tumor links, gebildet von dem rupturierten tubaren Fruchtsack und daran haftenden Haematom. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 3. XI.: Bauchwunde per primam geheilt, Genitalbefund der Operation entsprechend, beschwerdefrei.

Bemerkung: erneute Extrauteringravidität 1913 cf. Nr. 89.

Nr. 3. J.-Nr. 699. Fr. J. R., 35 Jahre alt, 5 Geburten, 2 Aborte, letzte Entbindung 14. VII. 09, im 1. Wochenbett Fieber. Beginn der Menses mit 25 Jahren, dann regelmäßig, in letzter Zeit dysmenorrhoische Störungen, L. M. 4. IX. 10, seitdem fast dauernde vaginale Blutung. Aufnahme am 25. X. 10: Allgemeinbefinden schon seit langem nicht gut, Uterus retroflektiert, drängt das hintere Scheidengewölbe vor. Operation am 27. X.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rechte Tube auf einer 5 cm langen Strecke verdickt,

Uterus retroflektiert, linke Tube intakt. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 8. XI.: Bauchwunde per primam geheilt, Genitalbefund der Operation entsprechend, beschwerdefrei.

Bemerkung: nicht geplatzte Extrauteringravidität.

Nr. 4. J.-Nr. 709. Fr. M. S., 30 Jahre alt, 3 Geburten, zuletzt ein Abort vor 2 Jahren, im letzten Wochenbett Fieber, seit langem gelber Fluor, Menses regelmäßig, L. M. 22. VIII., 28. IX. schwache, 17. X. starke Blutung, Abgang eines Hautfetzens, seit 22. X. starke Schmerzen. Aufnahme 27. X. 10: häufige Ohnmachtsanfälle, Puls klein, Uterus nach rechts verdrängt durch einen überfaustgroßen Tumor. Notoperation am 27. X.: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, links neben dem Uterus der über faustgroße rupturierte tubare Fruchtsack. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 8. XI.: Bauchwunde per primam geheilt, Genitalbefund der Operation entsprechend.

Nr. 5. J.-Nr. 721. Fr. M. P., 27 Jahre alt, 1 Geburt vor 7 Jahren. Im Wochenbett Fieber, seit 2 Tagen Schmerzen beim Wasserlassen, Menses regelmäßig, L. M. 15. VII., am 15. VIII. geringe Blutung, seit 3 Wochen Schmerzen. Aufnahme 31. X. 10.: Allgemeinbefinden gut, Uterus anteponiert, im Douglas harte Resistenz. Notoperation am 1. XI. 10.: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links mit peritubarer Haematocele. $^1/_4$ St. post operationem exitus. Sektionsbefund: offene Vena spermatica sin., viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle. Die Frau war zu Beginn der Vorlesung von 15 Studenten in Narkose untersucht worden, $^1/_2$ Stunde später zeigte der sich verschlechternde Puls die innere Blutung an.

Nr. 6. J.-Nr. 678. Fr. B. H., 24 Jahre alt, 4 Geburten, letzte am 16. III. 1910, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. vor 5 Wochen, vor 8 Tagen eintägige Blutung, seitdem heftige Schmerzen. Aufnahme am 17. X.: Allgemeinbefinden gut, starke Bauchdeckenspannung, scheinbar normaler Genitalbefund. Notoperation am 4. XI.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: Tubenmole mit Haematocele peritubaria. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 19. XI.: Genitalbefund der Operation entsprechend.

Nr. 7. J.-Nr. 695. Fr. E. M., 39 Jahre alt, 1 Geburt 1897, Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 24. IX., einen Tag zu spät, seitdem Blutung, Abgang einer Haut, Schmerzen im Leib rechts. Aufnahme am 24. X.: Allgemeinbefinden gut, Uterus aufgelockert, nach rechts und hinten gedrängt durch einem von den rechten Adnexen ausgehenden Tumor. Operation am 5. XI.: Salpingo-oophorektomia dextra et sinistra. Operationsbefund: rechts ein intra-

ligamentäres Haematom, links Perisalpingitis chronica. Bauchdeckenabscess und Paramentritis anterior verzögern die Heilung. Entlassung am 13. XII.: noch geringe Infiltration, aber beschwerdefrei.

Nr. 8. J.-Nr. 774. Fr. E. H., 28 Jahre alt, 2 Geburten, 2 Aborte, letzte Geburt vor 2 Jahren, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. vor 8 Wochen, vor 4 Wochen schwache Blutung, seit 3 Wochen Dauerblutung, Schmerzen in der linken Seite und beim Wasserlassen. Aufnahme am 17. XI. 10: anämisches Aussehen, links vom retrovertiertem Uterus ein über faustgroßer Tumor, Leib aufgetrieben, Flankendämpfung. Notoperation am 17. XI. 10: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links mit Haematom, andere Tube makroskopisch normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 31. XI.: mit der Operation entsprechendem Genitalbefund.

Nr. 9. J.-Nr. 849. Fr. K. W., 25 Jahre alt, 1 Geburt vor 2 Jahren, Wochenbett fieberfrei, 1905 operiert wegen rechtsseitiger Extrauteringravidität, Menses regelmäßig, L. M. vor 5 Wochen, in letzter Zeit Schmerzen, am 11. XII. plötzlich Collaps. Aufnahme am 12. XII.: sehr anämisches Aussehen, Flankendämpfung, diffuse Resistenz im Douglas. Notoperation am 12. XII.: Salpingo-oophorektomia sin. Operationsbefund: abortiv aus der linken Tube ausgestoßenes Ei, viel Blut in der Bauchhöhle. Glatte Rekonvalescens. Entlassung am 28. XII.: mit der Operation entsprechendem Genitalbefund.

Nr. 10. J.-Nr. 877. Frl. A. M. P., 24 Jahre alt, war einmal schwanger, am 9. III. 09. Salpingo-oophorektomia dextra wegen Corpusluteum-abscess, Dysmennorrhoische Störungen, L. M. am 14. XII., seitdem Dauerblutung und ziehende Schmerzen links. Aufnahme am 29. XII.: krankes Aussehen, vom Uterus nicht abzugrenzen ein großer Tumor, der bis zum Nabel reicht und den Douglas ausfüllt. Operation am 2. I. 11.: Salpingektomia sinistra, Ausräumung der Haematocele, Drainage. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, große Haematocele retrouterina. Glatte Rekonvalescens. Entlassung am 24. I.: links neben dem Uterus noch ein schmerzhafter Conglomerattumor.

Nr. 11. J.-Nr. 916. Fr. A. K., 31 Jahre alt, 1 Geburt, 2 Aborte, letzter 1905, Wochenbetten fieberfrei, L. M. 19. XII., seitdem öfters Blutung, seit dem 9. I. Schmerzen links. Wiederholte Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 10. I. 11: blasses Aussehen, Flankendämpfung, links im Douglas ein Tumor. Notoperation am 10. I. 11: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links. Glatte Rekonvalescenz.

Entlassung am 29. 1. 11: mit der Operation entsprechendem Genitalbefund.

Nr. 12. J.-Nr. 935. Fr. A. M., 36 Jahre alt, 9 Geburten, letzte 1909, 1898 Wochenbettfieber, Menses regelmäßig, L. M. 28. XI., am 27. XII. schwache Blutung, seit 29. XII. Dauerblutung, Schmerzen links, Ohnmachtsanfälle, Abgang einer Haut. Aufnahme am 19. 1.: geringe Anämie, links im kleinen Becken ein kindskopfgroßer Tumor. Operation am 20. I.: Salpingo-oophorektomia sin. mit keilförmiger Excision aus dem Uterus. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links mit peritubarer und retrouteriner Haematocele. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 3. II.: mit einem Exsudat am Uterusstumpf.

Nr. 13. J.-Nr. 978. Frl. J. N., 27 Jahre alt, 1 Geburt 1905, 1 Abort 1908, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 10. XII. 10., vom 12.—25. I. Dauerblutung, am 22. I. heftige Kreuzschmerzen, wiederholte Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 3. II. 11: starke Anämie, Flankendämpfung, sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel freies Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 21. II.: beschwerdefrei.

Nr. 14. J.-Nr. 987. Fr. B. H., 35 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 15 Jahren, damals manuelle Placentarlösung. Dysmennorrhoische Störungen, deswegen 1899 laparotomiert, seitdem Menses regelmäßig. L. M. 24.—27. XI., seit 3. I. Schmerzen, Blutung, Erbrechen, am 1. II. starker Schmerz, plötzliche Blässe, Ohnmacht. Erste Diagnose: Appendicitis. Aufnahme am 6. II. 11: starke Anämie, Uterus an der vorderen Bauchwand adhärent, rechte Adnexe vergrößert. Operation am 8. II.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel freies Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack von Apfelgröße rechts, linke Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 22. II.: rechte Uteruskante noch etwas druckempfindlich.

Nr. 15. J.-Nr. 1004. Fr. M. N., 34 Jahre alt, 3 Geburten, letzte vor 3 Jahren, Wochenbetten fieberfrei, Beschwerden beim Wasserlassen, Menses regelmäßig, L. M. 22. XII. 10. Seit Mitte Januar Schmerzen und Dauerblutung. Aufnahme am 12. II. 11: gesundes Aussehen, Uterus anteponiert, neben und hinter ihm harte Tumoren. Operation am 14. II. 11: Salpingo-oophorektomia duplex, Operationsbefund: links Tuboovarialcyste, rechts tubarer Fruchtsack mit peritubarer Haematocele. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 1. III. 11.: Genitalbefund der Operation entsprechend.

Nr. 17. J.-Nr. 1044. Fr. D. R., 40 Jahre alt, 4 Geburten, letzte vor 2 Jahren, Wochenbetten fieberfrei, Menses immer unregelmäßig, seit 12. I. Schmerzen beim Wasserlassen, zeitweise starke

Blutung, Schmerzen rechts, Abgang einer Haut. Aufnahme am 24. II. 11: blasses Aussehen, rechts und hinter dem Uterus ein kindskopfgroßer Tumor. Operation am 27. II: Salpingo-oophorektomia dextra, Resektion des linken Ovariums. Operationsbefund: apfelgroßer tubarer Fruchtsack mit Haematocele peritubaria. Heilung durch einen Bauchdeckelabscess verlangsamt. Entlassung am 30. III.: Befund der Operation entsprechend.

Nr. 18. J.-Nr. 1123. Fr. S. S., 36 Jahre alt, keine anamnestischen Angaben. Aufnahme am 24. III.: geringe Anämie, Flankendämpfung, rechts im Douglas eine weiche Geschwulst. Notoperation am 24. III.: Salpingektomia sinistra, Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund; links rupturierter tubarer Fruchtsack, rechts Hydrosalpinx, viel Blut in der Bauchhöhle. Glatte Reconvalescenz. Entlassung am 8. IV.: Uterus anteflektiert, beide Adnexgegenden noch etwas druckempfindlich.

Nr. 19. J.-Nr. 131. Fr. E. N., 26 Jahre alt. Nach 12 Tage langem Ausbleiben der Menses seit 8 Tagen Schmerzen und Blutung, sonst keine anamnestische Angaben. Aufnahme am 28. IV.: rascher, kleiner Puls, rechts neben dem Uterus ein wurstförmiger Tumor. Notoperation am 28. IV.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 11. V.: Genitalbefund der Operation entsprechend.

Nr. 20. J.-Nr. 135. Fr. M. H., 24 Jahre alt, 4 Geburten, letzte vor einem Jahr, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. Ende März, seitdem Dauerblutung. Aufnahme am 1. V.: geringe Anämie, rechts und im Douglas ein faustgroßer Tumor. Operation am 4. V.: Salpingektomia dextra Appendektomie. Operationsbefund: abortierende Tube rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 17. V. 11: beschwerdefrei.

Nr. 21. J.-Nr. 240. Fr. M. B., 37 Jahre alt, 5 Geburten, 3 Aborte, Menses regelmäßig, am 16. V. Abgang von Blut und einer Haut, am 7. VI. plötzliche Schmerzen, Ohnmachtsanfall. Aufnahme am 8. VI. 11: geringe Anämie, im Douglas weiche Resistenz, Punktion ergibt Blut. Operation am 8. VI.: Salpingektomia duplex. Operationsbefund: freies Blut in der Bauchhöhle, rechts tubarer Fruchtsack. Entlassung am 22. VI. 11.

Nr. 22. J.-Nr. 313. Fr. J. S., 36 Jahre alt, 1 Geburt vor 14 Jahren, Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. vor 7 Wochen, schon lange Schmerzen im Leib. Aufnahme am 29. VI. 11: krankes Aussehen, rechts und hinter dem Uterus ein kindskopfgroßer Tumor. Vaginale Eröffnung und Ausräumung der Blutmassen am

5. VI. Entlassung am 30. VIII.: Incisionsöffnung fest vernarbt, parametrane Schwarten beiderseits, Uterus anteflektiert, retroponiert.

Nr. 23. J.-Nr. 337. Fr. S. J., 31 Jahre alt, 1 Geburt, im Wochenbett Fieber, L. M. 8. V., seit 2. VII. zeitweise starke Schmerzen. Aufnahme am 8. VII. 11: geringe Blässe, Vorwölbung des Douglas. Notoperation am 8. VII.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, Perisalpingoophoritis rechts, Embryo (mens II), Placenta und Blut in der Bauchhöhle, glatte Rekonvalescenz, am 11. VII. Ausstoßung der Decidua. Entlassung am 20. VII.: rechts neben dem Uterus entzündliche Stränge.

Nr. 24. J.-Nr. 346. Fr. K. M., 36 Jahre alt, 1 Geburt 1900, Fieber im Wochenbett, seitdem gelber Ausfluß, Menses regelmäßig, L. M. 18. VI., 8 Tage zu früh, seitdem Dauerblutung, am 6. VII. Schmerzen links beim Stuhlgang. Aufnahme am 1. VIII.: geringe Blässe, empfindliche Adnexschwellung beiderseits. Operation am 1. VIII.: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: abortierender tubarer Fruchtsack links mit peritubarer Haematocele, rechte Adnexe kaum verändert. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 13.VIII. mit geringer Empfindlichkeit im linken Stumpf.

Nr. 25. J.-Nr. 359. Fr. F. N., 35 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. Mitte Juni, Anfang Juli geringe Schmerzen links, geringe Blutung, 15. VII. starke Schmerzen und Blutung. Aufnahme am 17. VII. 11.: blasses Aussehen, der linken Tubenecke sitzt ein apfelgroßer Tumor auf. Notoperation am 17. VII.: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: abortierende Tube links, Haematocele peritubaria, rechte Adnexe frei. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 29. VII.: Befund der Operation entsprechend.

Nr. 26. J.-Nr. 446. Fr. M. B., 30 Jahre alt, niemals schwanger gewesen, Menses zu Beginn unregelmäßig, L. M. Anfang Juni, im Juli schwache Blutung und Schmerzen links. Aufnahme am 1. VIII. 11: sehr blasses Aussehen, Flankendämpfung, im Douglas empfindliche Resistenz. Notoperation am 11. VIII.: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Adnexe frei, viel Blut in der Bauchhöhle. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 23. VIII.: Befund der Operation entsprechend.

Nr. 27. J.-Nr. 404. Fr. A. W., 28 Jahre alt, 1 Geburt, Menses regelmäßig, L. M. vor 9 Wochen, seit 4 Wochen Dauerblutung, Schmerzen rechts. Aufnahme am 2. VIII. 11: gesundes Aussehen, im Douglas empfindliche Resistenzen. Operation am 2. IX.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack rechts, Haematocele retrouterina. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 24. IX.: Befund der Operation entsprechend.

Nr. 28. J.-Nr. 487. Fr. A. P., 33 Jahre alt, Menses unregelmäßig, L. M. 20. VIII. — 23. VIII., seitdem häufig Blutungen, Schmerzen rechts seit 3 Wochen, Stechen beim Wasserlassen, gelblich-weißer Fluor. Aufnahme am 25. VIII. 11: Allgemeinbefinden gut, links hinter und neben dem Uterus ein apfelgroßer Tumor. Operation am 5. IX.: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: freies Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, peritubare Haematocele, rechte Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 1. X. 11: kein krankhafter Befund.

Nr. 29. J.-Nr. 509. Fr. E. N., 25 Jahre alt, 1 Geburt vor $1^1/_2$ Jahren, 1 Abort Oktober 1910, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. Mitte Juli, seit 3 Wochen Blutung, Schmerzen rechts, wiederholte Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 1. VIII. 11: blasses Aussehen, rechts vom Uterus wallnußgroßer Tumor, Douglas vorgewölbt. Notoperation am 1. IX.: Salpingektomia dextra. Salpingostomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Tube am abdominalen Ende geschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 20. IX.: kein krankhafter Befund.

Nr. 30. J.-Nr. 557. Frl. E. H., 24 Jahre alt, war niemals schwanger, Brennen beim Wasserlassen, Menses regelmäßig, L. M. 3. VII., seit 17. VII. unregelmäßige Blutungen, seit 9. IX. Dauerblutung, Schmerzen, Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 21. IX.: hochgradige Anämie, pulslos, sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel freies Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 11. X.: kein krankhafter Befund.

Nr. 31. J.-Nr. 634. Fr. E. K., 31 Jahre alt, keine anamnestischen Angaben. Aufnahme am 21. X. 11: Blässe, Flankendämpfung, rechts neben dem Uterus Resistenz, sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, viel Blut in der Bauchhöhle. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 2. XI.: Umgebung des rechten Ovariums etwas infiltriert.

Nr. 32. J.-Nr. 710. Fr. A. E., 33 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 7 Jahren, Wochenbetten o. B., früher Salpingitis, Menses unregelmäßig, L. M. Ende September, Anfang November Schmerzen im Leib, Ohnmachtsanfälle, tgl. Schüttelfröste, seit 6 Tagen Blutungen. Aufnahme am 17. XI. 11: etwas blasses Aussehen, links neben dem Uterus faustgroßer Tumor. Operation am 18. XI.: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: Graviditas tubaria ampullaris links, Blutmole links, rechte Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 1. XII. 11: kein krankhafter Befund.

Nr. 33. J.-Nr. 754. Fr. A. L., 35 Jahre alt, 2 Geburten, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 20. VIII., seit 21. X. Dauerblutung, seit 14 Tagen Schmerzen. Aufnahme am 7. XII. 11: gesundes Aussehen, rechts vom Uterus und im Douglas faustgroßer Tumor. Operation am 8. XII.: Ovariotomia dextra, Salpingektomia dextra, Resectio ovarii sin., Appendektomie. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack rechts, Ovarialcyste rechts, Corpus-luteum-cyste links. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 22. XII. 11: rechter Adnexstumpf etwas infiltriert.

Nr. 34. J.-Nr. 781. Fr. M. M., 29 Jahre alt, 1 Geburt, 1 Abort, seit 5. XII. gelber Fluor und Beschwerden beim Wasserlassen, Menses unregelmäßig. Aufnahme am 17. XII. 11: blasses Aussehen, links hinter dem Uterum großer Tumor. Operation am 19. XII.: Vag. Incision und Drainage. Operationsbefund: Haematocele retrouterina. Anfangs geringe Temperatursteigerungen, dann glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 18. I. 12: Incisionswunde geheilt, Uterus retrovertiert, parametrane Schwielen.

Nr. 35. J.-Nr. 788. Fr. M. G., 35 Jahre alt, letzte Geburt 1904, sonst keine Anamnese. Aufnahme am 27. XII.: Verfallenes Aussehen, Flankendämpfung, genital nihil., sofortige Notoperation: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Tube verwachsen undurchgängig. viel Blut in der Bauchhöhle. Am 3. Tage p. o. Temperatursteigerung — 39,6 °, sonst glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 11. I. 12: kein krankhafter Befund.

Nr. 36. J.-Nr. 852. Fr. C. W., 34 Jahre alt. Über frühere Geburten und Wochenbetten keine Angaben. Menses regelmäßig. L. M. Anfang November. Am 25. XII. Blutung, Schmerzen, Ohnmacht, 6. I. erneute starke Blutung. Aufnahme am 16. I. 12: blasses Aussehen, hinterm Uterus faustgroße Resistenz. Operation am 17. I. 12: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: dicht dem Uterus aufsitzender rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Adnexe normal, wenig Blut. 14 Tage p. o. 40 ° Fieber, dann glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 25. II.: kein krankhafter Befund.

Nr. 37. J.-Nr. 872. Fr. E. K., 27 Jahre alt, 1 Geburt vor 7 Jahren, L. M. Mai 1911, seitdem Schmerzen im Leib, Erbrechen, zunehmender Leibesumfang, Anfang November Kindsbewegungen, seit Weihnachten Bettruhe. 21. I. Zuziehung eines Arztes, Erweiterung der Cervix. Da keine Eiblase fühlbar, Überführung in die Klinik wegen Verdacht auf Extrauteringravidität, am 23. I. Untersuchungsbefund: Abdomen maximal aufgetrieben, Haut glänzend, starke Gefäßzeichnung, kräftige Undulationsbewegungen, keine Herztöne. Je

ein ballottierender Teil oben und unten, tympanitischer Schall in den abhängigen Partien. Portio aufgelockert, Cervixkanal bis zum Orificium internum für 2 Finger durchgängig. Operation am 24. I. 1912: Die Austastung nach der Incision der Cervixwand ergibt, daß es sich nicht um intrauterine Schwangerschaft handeln kann. Laparotomie. Nach Durchtrennung der dünnen Bauchdecke strömt eine große Menge mekoniumhaltiger Flüssigkeit ab. Nach Abfluß des Wassers übersieht man die große Fruchtkapselhöhle, in der das mit fetzigen Membranen bedeckte Kind liegt. Extraktion der Frucht. Durchtrennung der Nabelschnur, die zu einem im Beckeneingang liegenden schwammigen Tumorkonglomerat führt. Die Tumormassen werden en bloc vor die Bauchhöhle gebracht. Hinter dem Tumor wird der nicht gravide Uterus sichtbar, dessen rechter Fundusecke der aus Placenta und koaguliertem Blut bestehende Tumor aufsitzt. Das rechte Ligamentum infundibulo-pelvicum läßt sich stielen und abklemmen. Totalexstirpation der Tumormassen, des Uterus und der linken Adnexe. Die große, bis zum Zwerchfell sich erstreckende Fruchthöhle ist allseitig gegen den Darm abgeschlossen, so daß keine Darmschlinge zu Gesicht kommt. In der Gegend des Zwerchfells findet sich noch eine zweite kleinere abgeschlossene Höhle mit verfärbter Flüssigkeit. Die Membranen werden eingerissen und die Höhle entleert. Das kleine Becken wird tamponiert und die Gaze durch die offene Vagina nach außen geleitet. Schluß der Bauchhöhle mit durchgreifenden Seidennähten. Rekonvalescenz: Puls zunächst 140, geht herab auf 120. Temp. zwischen 37,0 und 38,0°. Am 4. Tag p. o. bronchopneumonische Herde, am 13. Tag Entwicklung eines Empyems, Rippenresektion. Empyem heilt. Allmähliche Entwicklung einer fortschreitenden Thrombose der linken Vena femoralis. Exitus am 25. Tag p. o. an Thrombose der Vena cava.

Nr. 38. J.-Nr. 889. Frl. D. R., 28 Jahre alt, niemals schwanger gewesen, Menses regelmäßig, L. M. Anfang Dezember, 30. I. schwere Ohnmacht, Übelkeit. Aufnahme am 30. I.: blass, pulslos, Flankendämpfung, sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, Adnexe links verwachsen, viel Blut im Bauch. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 13. II. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 39. J.-Nr. 890. Fr. M. M., 26 Jahre alt, 2 Geburten, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 14 Januar, am 30. I. Schmerz im Leib und wiederholte Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 31. I.: blasses Aussehen, rechts neben und hinter dem Uterus faustgroßer Tumor. Operation am 1. II. 12.: Salpingo-oophorektomia dextra mit Excision aus dem Uterus. Operations-

befund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, dicht dem Uterus aufsitzend, viel Blut. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 17. II.: kein krankhafter Befund.

Nr. 40. J.-Nr. 886. Frl. J. L., 27 Jahre alt, 1 Geburt vor 6 Jahren, Menses regelmäßig, L. M. 14. I., seitdem Dauerblutung. Aufnahme am 29. I.: gesundes Aussehen, kindskopfgroßer Tumor rechts neben und hinter dem Uterus. Operation am 1. II.: Salpingo-oophorektomia dextra, Salpingostotomia links. Operationsbefund: Graviditas tubaria rechts, peritubare Haematocele. Ostium der linken Tube verschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 17. II.: kein krankhafter Befund.

Nr. 41. J.-Nr. 896. Fr. E. B., 36 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. 23. I., seitdem Dauerblutung. Am 2. II. starke Schmerzen, Ohnmacht. Aufnahme am 2. II. 12: blasses Aussehen, links und hinter dem Uterus teigige Resistenz. Sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 17. II. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 42. J.-Nr. 901. Fr. M. J., 32 Jahre alt, 2 Geburten, 1 Abort, letzte Geburt 1904, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. im September, im November 2tägige Blutung, 8 Tage später krampfartiger Schmerz und Blutung, am 24. I. erneute Blutung. Aufnahme am 6. II. 12: gesundes Aussehen, links neben und vor dem Uterus apfelgroßer Tumor. Operation am 7. II. 12: Salpingektomia sinistra, ventrale Fixation. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, Blutmole links, Corpus luteum rechts. Durch Bauchdeckenabscess verzögerte Rekonvalescenz. Entlassung am 22. IV.: Hautwunde auf eine Strecke von $^1/_2$ cm noch klaffend, kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 43. J.-Nr. 941. Fr. M. M., 26 Jahre alt, Nullipara, Menses regelmäßig, L. M. Anfang Februar, seit 13. II. starker wehenartiger Schmerz, 19. II. Blutung. Aufnahme am 19. II. 12: gesundes Aussehen, linke Adnexgegend vergrößert, druckempfindlich. Operation am 22. II. 12: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: Tubarabort links, Pelveoperitonitis adhaesiva. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 6. III. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 44. J.-Nr. 1123. Fr. J. H., 46 Jahre alt, Menses regelmäßig. L. M. Mitte Januar, Anfang März starke Blutung, seitdem Schmerzen. Aufnahme am 21. III. 12: krankes Aussehen, Leib aufgetrieben, vom hinteren Scheidengewölbe her harte Massen fühlbar. Operation am 26. III. 12: Vaginale Incision und Drainage. Am 11. IV. und 13. IV. Schüttelfrost, Temperaturen bis 39,6°. Ent-

lassung am 7. V. 12: Incisionswunde geheilt, Verdickung im Becken, keine Schmerzen.

Nr. 45. J.-Nr. 1030. Fr. M. T., 36 Jahre alt, 3 Geburten, letzte vor 7 Jahren, kein Abort, hat früher eine Adnexitis durchgemacht, Menses regelmäßig, L. M. Anfang Februar, bald darauf Dauerblutung und krampfartige Schmerzen. Aufnahme am 19. III. 12: anämisches Aussehen, links neben dem Uterus großer Tumor. Operation am 21. III.: Vaginiale Incision und Drainage. Verzögerte Rekonvalescenz, Temperatur mehrfach über 39°. Entlassung am 18. V. 12: Noch narbige Stränge fühlbar, Incisionswunde geheilt.

Nr. 46. J.-Nr. 67. Fr. B. B., 27 Jahre alt, 1 Geburt vor 5 Jahren, kein Abort, Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. am 27. Januar, Schmerzen in der linken Seite, im Februar schwache, im März starke Blutung. Aufnahme am 10. IV. 12: blasses Aussehen, links und hinter dem Uterus ein kindskopfgroßer Tumor, der den Douglas vorwölbt. Operation am 10. IV.: Salpingo-oophorektomia sinistra, Salpingektomia dextra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, Haematocele retrouterina, rechte Tube verschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 28. IV.: Hautwunde klafft auf eine kurze Strecke, geringe Stumpfinfiltration.

Nr. 47. J.-Nr. 1076. Fr. M. W., 24 Jahre alt, Menses regelmäßig, seit Januar unregelmäßige Blutung und Schmerzen im Leib. Aufnahme am 25. III. 12: etwas blasses Aussehen, links neben und hinter dem Uterus großer Tumor. Operation am 12. IV.: Salpingo-oophorektomia sin., Salpingektomia dextra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, Haematocele retrouterina, rechte Tube verschlossen. Rekonvalescenz verzögert durch Bauchdeckenabscess. Entlassung am 19. V.: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 48. J.-Nr. 99. Fr. G. F., 32 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. Anfang März, seit der Zeit geringe Blutung, Mitte März Auskratzung wegen der Blutung, danach Mattigkeit und Schüttelfrost. Aufnahme am 9. IV. 12: blasses Aussehen, rechts neben und hinter dem Uterus ein Tumor. Operation am 13. IV. 12: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel geronnenes Blut in der Bauchhöhle, Tubenabort rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 27. IV. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 49. J.-Nr. 85. Fr. D. B., 29 Jahre alt, eine Geburt vor 6 Jahren, kein Abort, Wochenbett normal, Menses unregelmäßig, weißer Ausfluß, L. M. Ende Oktober, Ende November 8tägige Blutung, Dezember und Januar scheinbar normale Menses, seit Anfang Februar Dauerblutung und Schmerzen im Leib. Aufnahme am 16. IV. 12: blasses Aussehen, hinter dem Uterus ein apfelsinengroßer Tumor.

Operation am 17. IV. 12: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, Haematocele retrouterina und peritubaria, rechte Adnexe frei. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 1. V. 12: kein krankhafter Befund.

Nr. 50. J.-Nr. 164. Fr. M. R., 34 Jahre alt, 2 Geburten, letze vor 7 Jahren, kein Abort, Wochenbetten fieberfrei, Beschwerden beim Urinlassen, weißer Fluor, Menses regelmäßig. L. M. Anfang März, 30. April plötzlich beim Waschen Ohnmacht, nach der Ohnmacht Schmerzen im Leib, zunehmende Blässe. Aufnahme am 9. V.: Blässe, im Douglas großer Tumor. Operation am 9. V.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: abortierende Tube rechts, linke Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 23. V. 12: hinter und neben dem Uterus empfindliche Schwielenbildung.

Nr. 51. J.-Nr. 220. Fr. M. R., 36 Jahre alt, 1 Geburt, vor 8 Jahren Extrauteringravidität mit Haematocele, Menses regelmäßig, L. M. Februar 1912. Anfang April nach schwerem Heben wehenartige Schmerzen, Abgang einer Haut, seit April Dauerblutung. Aufnahme am 1. VI. 12: blasses Aussehen, faustgroßer Tumor rechts neben dem Uterus. Operation am 4. VI.: Salpingo-oophorektomia dextra, Salpingektomia sinistra, Appendektomie. Operationsbefund: rechts tubarer Fruchtsack mit peritubarer Haematocele, links Salpingitis chronica, Tubenende geschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 26. VI. 12: kein krankhafter Befund.

Nr. 52. J.-Nr. 293. Fr. J. W., 33 Jahre alt, früher operiert wegen Eileiterschwangerschaft, 1 Geburt Dezember 1911. Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. Anfang April, seit 10. V. Dauerblutung, 25. VI. plötzliche Schmerzen im Leib, gleichzeitig Blässe. Aufnahme am 27. VI. 12: sehr blasses Aussehen, links neben dem Uterus teigige Resistenz, sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Adnexe fehlen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 21. VII.: kein krankhafter Befund.

Nr. 53. J.-Nr. 300. Fr. E. S., 41 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 12 Jahren, kein Abort, Wochenbetten o. B., seit 8 Tagen Brennen beim Wasserlassen, gelblicher Fluor, Menses früher unregelmäßig, jetzt normal, L. M. Ende April. Vor 4 Wochen plötzlicher Schmerzanfall mit Erbrechen und Ohnmacht. 3 Wochen später nach einer ärztlichen Untersuchung erneuter Schmerzanfall. Aufnahme am 29. VI. 12: blasses Aussehen, faustgroßer Tumor der linken Tubenecke aufsitzend. Operation am 1. VII.: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack links mit peri-

tubarer Haematocele, Embryo 16 cm lang, 2. VII. Abgang der Decidua, 18. VII. Schwellung des Oberschenkels, Thrombose, am 2. Tag Temperatur über 39°. Entlassung am 2. VIII. 12: kein krankhafter Befund mehr.

Nr. 54. J.-Nr. 358. Fr. D. H., 29 Jahre alt, 1 Geburt vor 4½ Jahren, 1 Abort, Wochenbetten o. B., Menses regelmäßig, L. M. 20. I., 20. III. Blutung und krampfhafter Schmerz, 20. IV. erneute Blutung. In den letzten Tagen wieder Blutung. Aufnahme am 19. VII.: keine auffallende Blässe, rechts hinter und neben dem Uterus, auch im Douglas, ein faustgroßer Tumor. Operation am 20. VII.: Salpingo-oophorektomia dextra, Salpingektomia sinistra, intraperitoneale Verkürzung der Lig. rotunda. Operationsbefund: Tuboovarialgravidität links, Salpingitis chronica rechts, Tubenende verschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 11. VIII.: linke Adnexgegend noch etwas verdickt.

Nr. 55. J.-Nr. 374. Frl. P. P., 24 Jahre alt, vor 1 Jahr akute Go. Menses unregelmäßig. L. M. 7. VII., am 23. VII. plötzlich heftige Schmerzen im Leib, Schwindelanfälle, geringe vag. Blutung. Aufnahme am 25. VII. 12: anämisches Aussehen, links großer weicher Tumor. Operation am 26. VII.: Salpingektomia duplex. Operationsbefund: rupturierte Graviditas tubaria ampullaris sinistra, Hydrosalpinx rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 25. VIII.: Patientin ist noch sehr schwach, der Uterus druckempfindlich.

Nr. 56. J.-Nr. 367. Fr. E. Z., 33 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. 9. V., 29. VII. heftige Schmerzen, Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 30. VII. 12: sehr blasses Aussehen, Flankendämpfung, im Douglas Resistenz, sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: sehr viel flüssiges und geronnenes Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 11. VIII.: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 57. J.-Nr. 547. Fr. A. J., 25 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. 15. VIII. 12. Ende September nach ärztlicher Untersuchung Schmerzen, Erbrechen und geringe Blutung. Aufnahme am 28. IX. 12: sehr blasses Aussehen, weiche Resistenz rechts neben dem Uterus und im Douglas, sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Tube offen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 13. X. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 58. J.-Nr. 538. Fr. M. J., 34 Jahre alt, 10 Geburten, 4 Aborte, letzter vor ¾ Jahr, vor 5 Jahren Wochenbettfieber, geringer Fluor seitdem, Menses regelmäßig, L. M. 24. VII. 12. Am 23. IX. Ohnmachtsanfall und danach heftige Schmerzen. Aufnahme am

24. IX.: blasses Aussehen, diffuse Resistenz im Douglas, Uterus vergrößert. Operation am 8. X. 12: Salpingektomia duplex, Amputatio fund. uteri, Appendektomie. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack rechts — scheinbar interstitialis — Haematocele peri-uterina, linke Tube fühlt sich hart an. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 20. X. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 59. J.-Nr. 578. Fr. F. S., 27 Jahre alt, Nullipara, früher Blasenleiden, Menses regelmäßig, L. M. Mitte August, Anfang September geringe Blutung, 29. IX. beim Fensterputzen abgerutscht, danach stärkere Blutung, am 9. X. Schwindelanfall. Aufnahme am 9. 10. 12: sehr blasses Aussehen, Flankendämpfung. sofortige Notoperation: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack links, viel Blut in der Bauchhöhle. mehrere Tage nach der Operation Fieber — 39°. Entlassung am 29. X. 12: rechte Adnexe etwas geschwellt.

Nr. 60. J.-Nr. 606. Fr. M. v. Y., 27 Jahre alt, keine Anamnese. Aufnahme am 20. X. 12: etwas blasses Aussehen. Operation am 21. X. 12: Salpingo-oophorektomia sinistra, Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rupturierter tubarer Fruchtsack links, mit Eihüllen abgekapselter Embryo, rechte Tube mesosalpingitisch geknickt. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 6. XI. 12: kein krankhafter Befund.

Nr. 61. J.-Nr. 653. Fr. C. B., 33 Jahre alt, 8 Geburten, kein Abort, Wochenbetten fieberfrei, Brennen beim Wasserlassen, weißer Fluor, Menses regelmäßig, L. M. am 23. August, seit Anfang Oktober Schmerzen im Leib und Dauerblutung. Aufnahme am 5. XI. 12.: gesundes Aussehen, Portio nach vorn gedrängt, im Douglas Resistenz. Operation am 8. XI. 12: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, Haematocele retrouterina, rechte Adnexe gesund. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 24. XI. 12: links neben dem Uterus eine nicht empfindliche Resistenz von Kleinapfelgröße.

Nr. 62. J.-Nr. 690. Fr. W. G., 30 Jahre alt, 1 Geburt im April 1912, Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 10. IX., seit 7. X. Dauerblutung und Leibschmerzen, 2 mal Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 18. XI. 12: etwas blasses Aussehen, links hinter dem Uterus ein faustgroßer harter Tumor. Operation am 22. XI.: Salpingo-oophorektomia sinistra, Resektio ovarii dextri. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack links, peritubare Haematocele, rechte Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 23. XII. 12: kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 63. J.-Nr. 719. Frl. B. D., 26 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 2 Jahren, Wochenbetten normal, Menses regelmäßig, L. M.

Ende Oktober, seitdem dauernd geringe Blutung und Schmerzen. Aufnahme am 26. XI. 12: etwas blasses Aussehen, Douglas ausgefüllt von einem großen Tumor. Operation am 28. XI.: Salpingo-oophorektomia sinistra, vaginale Drainage. Operationsbefund: Graviditas tubaria sinistra, Haematocele retrouterina, rechte Adnexe normal. Am 4. Tag post operationem 39° Fieber, sonst glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 13. XII. 12: Incisionswunde noch fühlbar, im hinteren Scheidengewölbe derbe Schwielen.

Nr. 64. J.-Nr. 726. Fr. B. H., 44 Jahre alt, 4 Geburten, 2 Aborte, Wochenbetten normal, Menses regelmäßig, L. M. Ende September, 14 Tage später Beginn einer Dauerblutung. Aufnahme am 28. XII. 12: sehr blass, fast pulslos, Flankendämpfung, sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, Uterus vergrößert entsprechend einer Graviditas mens III., rechte Adnexe normal. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 15. I. 13: links neben dem Uterus Resistenz, Uterus scheint nicht gravide.

Nr. 65. J.-Nr. 794. Fr. E. H., 39 Jahre alt, Patientin hat sich $^1/_2$ Liter Seifenwasser in den Uterus injiciert, sonst keine Anamnese: Aufnahme am 30. XII. 12: vollständig anämisch, pulslos, Flankendämpfung, sofortige Notoperation: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Adnexe normal. In der Rekonvalescenz Anämie, Luftmangel, 38° übersteigende Temperaturen, Bronchitis. Entlassung am 18. I. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 66. J.-Nr. 809. Fr. E. U., 34 Jahre alt, Menses regelmäßig, L. M. am 23. XI., am 1. I. plötzlich heftige Schmerzen im Leib, Schwindelgefühl, Ohnmacht. Aufnahme am 4. I.: etwas blasses Aussehen, links neben dem Uterus teigig weiche Resistenz, sofortige Notoperation: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Tube geschlossen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 25. I. 13: kein krankhafter Genitalbefund. 14. II. Neuerkrankung, 24. II. Exitus an Steptococcenperitonitis.

Nr. 67. J.-Nr. 779. Fr. T. G., 36 Jahre alt, 3 Geburten, 7 Aborte, vor 2 Jahren Unterleibsentzündung, Menses regelmäßig, L. M. 24. X. 12, seit 8. XII. Dauerblutung, am 16. XII. Erbrechen, Leibschmerzen. Der herbeigerufene Arzt curettiert, danach stärkere Schmerzen. Aufnahme am 19. XII. 12: krankes Aussehen, Leib aufgetrieben, druckempfindlich, rechts neben dem Uterus ein apfelgroßer cystischer Tumor. 28. XII. Neuuntersuchung: ein den Uterus überragender Tumor. Aspiration von Blut bei Punktion durch das

hintere Scheidengewölbe. Incision und Drainage. Am 12. Tag Fieber (39°). Entlassung am 10. II.: Drainageöffnung geschlossen, rechts hinter dem Uterus empfindliche Resistenz.

Nr. 68. J.-Nr. 825. Fr. M. W., 30 Jahre alt, 4 Geburten, Wochenbetten normal, Menses regelmäßig, L. M. Mitte November, seit Anfang Dezember Dauerblutung. Aufnahme am 10. I. 13: total anämisch, pulslos, sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 28. I.: noch anämisch, doch kein krankhafter Genitalbefund.

Nr. 69. J.-Nr. 789. Fr. A. S., 36 Jahre alt, 1 Geburt 1898, Wochenbett normal, Menses alle 3 Wochen, Schneiden beim Wasserlassen, starker Fluor von gelber Farbe, L. M. am 9. XI., seit 18. XII. Blutung und Abgang von Stücken. Aufnahme am 28. XII.: keine auffallende Blässe, Adnexe sehr empfindlich, Parametrien infiltriert. Operation am 16. I. 13: Exstirpation beider Adnexe. Operationsbefund: links Graviditas tubaria mit Haematocele peritubaria und chronischer Adnexerkrankung, rechts Tuboovarialcyste. Keine primäre Heilung der Bauchwunde, am 36. Krankheitstag Sekundärnaht. Entlassung am 9. III. 13: Bauchwunde bis auf eine 2 cm lange Stelle verheilt, nirgends Resistenzen.

Nr. 70. J.-Nr. 843. Fr. A. P., 37 Jahre alt, 9 Geburten, kein Abort, Wochenbetten normal, Menses regelmäßig, 24. XII. 12 Consultation wegen Schmerzen, Regel 7 Wochen ausgeblieben, seit 11. I. 13 Blutung, am 13. I. auch Stücke abgegangen. Aufnahme am 14. I.: etwas blasses Aussehen, links neben dem Uterus ein apfelsinengroßer Tumor. Operation am 14. I.: Salpingektomia duplex. Operationsbefund: abortierende Tube links, Salpingitis dextra. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 30. I.: kein krankhafter Befund.

Nr. 71. J.-Nr. 900. Frl. F. H., 20 Jahre alt, Nullipara, Menses regelmäßig, L. M. 11. XI. 12, seitdem oft Leibschmerzen, seit 29. XII. Blutungen, Erbrechen. Aufnahme am 2. I. 13: Leib aufgetrieben, empfindlich, Scheide livide verfärbt, Muttermund für einen Finger durchgängig. Operation am 4. I.: Salpingo-oophorektomia sinistra, Salpingektomia dextra. Operationsbefund: Haematocele retrouterina et peritubaria links, Salpingitis dextra. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 15. II. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 72. J.-Nr. 867. Fr. M. L., 28 Jahre alt, 1 Geburt 1909, kein Abort, Wochenbett fieberfrei, Menses seit September 1912 unregelmäßig, seit 2 Wochen Schmerzen beim Wasserlassen, wenig weißer Fluor. Aufnahme am 22. I.: blasses Aussehen, Adnexe geschwellt und druckempfindlich, zunächst Bettruhe, Priessnitz. Ope-

ration am 30. I.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: Tubargravidität rechts, Haematocele peritubaria et retrouterina, linke Tube verdickt. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 20. II.: rechts neben dem Uterus geringe nicht druckempfindliche Infiltration.

Nr. 73. J.-Nr. 950. Fr. A. B., 34 Jahre alt, 3 Geburten, Menses regelmäßig, L. M. vor 6 Wochen, 15. II. Seifenwassereinspritzung, 19. II. plötzlich Leibschmerzen, Zerreißungsgefühl. Aufnahme am 20. II.: sehr blasses Aussehen, fast pulslos, Flankendämpfung. sofortige Operation: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links. 5. III. Temperatursteigerung bis über 39°. Entlassung am 14. III.: rechte Adnexe hühnereigroß, druckempfindlich.

Nr. 74. J.-Nr. 995. Fr. M. K., 37 Jahre alt, 4 Geburten, letzte 1905, danach Endometritis puerperalis, Menses regelmäßig, L. M. Mitte Dezember, vor 3 Wochen Schmerzen links, seitdem Dauerblutung. Aufnahme am 6. III. 13: gesundes Aussehen, Abdomen links zwischen Nabel und Spina druckempfindlich. Operation am 7. III.: Salpingo-oophorektomia dextra, Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: wenig Blut in der Bauchhöhle, abortierende Tube rechts, linke Tube geschlossen. Rekonvalescenz durch Augina verzögert. Entlassung am 2. IV. 13: Uterus fest am Kreuzbein fixiert.

Nr. 75. J.-Nr. 1002. Fr. E. K., 28 Jahre alt, 1 Geburt, kein Abort, Wochenbett fieberfrei, zeitweise Fluor, Menses regelmäßig, L. M. Mitte Dezember, seit 16. II. Dauerblutung, vor wenigen Tagen auch Stücke abgegangen. Aufnahme am 10. III.: Unterbauchgegend druckempfindlich, rechts neben dem Uterus weiche Resistenz. Operation am 13. III.: Salpingektomia dextra, Oophorektomia sinistra. Operationsbefund: Haematosalpinx dextra, Corpus-luteum-haematom des linken Ovariums. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 25. III.: kein krankhafter Befund.

Nr. 76. J.-Nr. 1028. Fr. M. K., 42 Jahre alt, 2 Geburten, Wochenbetten fieberfrei, Menses haben erst mit 20 Jahren begonnen, waren dann regelmäßig, seit 14 Tagen Schmerzen im Leib, vermehrter Harndrang, Ziehen in der Blase. Aufnahme am 15. III.: nicht besonders blaß, Tumor im Douglas. Operation am 19. III.: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: wenig flüssiges Blut, links apfelgroßer tubarer Fruchtsack, Haematocele peritubaria, rechte Adnexe normal. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 1. IV.: kein krankhafter Befund.

Nr. 77. J.-Nr. 1120. Fr. M. G., 32 Jahre alt, vor 3 Jahren wegen linksseitiger Tubargravidität operiert. Menses bisher regelmäßig, jetzt 6 Tage über die Zeit ausgeblieben, dann Dauerblutung. Auf-

nahme am 22. III.: blasses Aussehen, rechts hinter dem Uterus teigige Schwellung, am 23. III. shockartiger Schmerzanfall, Erbrechen. sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra, Operationsbefund: reichlich flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 7. IV. 13: geringes Stumpfexsudat.

Nr. 78. J.-Nr. 1047. Fr. W. K., 28 Jahre alt, 8 Geburten, letzte vor 5 Jahren, 1 Abort, Menses regelmäßig, L. M. Mitte Januar, Beschwerden beim Wasserlassen, seit 14 Tagen wiederholte Schwächeanfälle. Aufnahme am 25. III.: geringe Blässe, Douglas vorgewölbt durch einen großen Tumor, der den Uterus überragt. Operation am 26. III.: Salpingo-oophorektomia sinistra, Salpingektomia dextra. Operationsbefund: rechts Tubenmole, links eitriger Adnextumor, der bei der Operation platzt, weshalb per vaginam drainiert wird. Rekonvalescenz durch Angina verzögert. Entlassung am 3. V. 13.: links neben und über dem Uterus ein kindskopfgroßer Tumor.

Nr. 79. J.-Nr. 57. Fr. K., 29 Jahre alt, Menses regelmäßig, letzte einen Tag zu spät und sehr stark, draußen vom Arzt curettiert, danach Dauerblutung und wiederholt Schmerzen und Ohnmachtsanfälle. Aufnahme am 4. IV.: sehr ausgeblutet, fliegender Puls, Leib aufgetrieben, Flankendämpfung. sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, rechte Adnexe normal bis auf eine kleine Cyste unterhalb des Tubenostiums. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 16. IV.: kein krankhafter Befund.

Nr. 80. J.-Nr. 108. Fr. S. P., 40 Jahre alt, 3 Geburten, Wochenbetten fieberfrei, seit 1/2 Jahr Menses stark und in Zwischenräumen von 14 Tagen, seit 14 Tagen Dauerblutung. Aufnahme am 22. IV. 13: blasses Aussehen, beiderseits kleinapfelgroße Tumoren. Operation am 25. IV.: abdominale Totalexstirpation. Operationsbefund: links tubarer Fruchtsack, rechts Tuboovarialcyste, Hydrosalpinx. 3 Tage post operationem Temperatursteigerung bis 39°. Entlassung am 23. V. 13: Scheidenwunde fest vernarbt. rechts in der Scheide eine kleine Cyste. Bauchwunde granuliert noch.

Nr. 81. J.-Nr. 163. Fr. D. M., 31 Jahre alt, 2 Aborte, letzter vor 4 Jahren, Wochenbetten fieberfrei, weißgelber Fluor, Menses regelmäßig, L. M. Ende März. Vor 3 Wochen heftiger Schmerz beim Pressen. Dann intermittierende Blutungen und zuweilen Schmerzen. Aufnahme am 16. V.: blasses Aussehen, rechts hinter dem Uterus weiche fluktuierende Resistenz. Punktion ergibt altes Blut. Operation am 16. V.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: über faustgroßer tubarer Fruchtsack rechts. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 31. V. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 82. J.-Nr. 238. Fr. J. B., 26 Jahre alt, Nullipara, Menses regelmäßig, L. M. vor 5 Wochen, gestern plötzlich Schmerzen und Ohnmachtsanfall. Aufnahme am 10. VI.: sehr blasses Aussehen, im Douglas Resistenz, Flankendämpfung. sofortige Notoperation: Salpingo-oophorektomia sinistra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links, Follikelcyste im linken Ovarium. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 24. VI. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 83. J.-Nr. 242. Fr. A. W., 29 Jahre alt, 1 Geburt 1905. Drängen beim Wasserlassen, weißer Fluor, Menses unregelmäßig, L. M. vor Weihnachten, seitdem Dauerblutung, im Februar curettiert. Aufnahme am 11. VI.: keine auffallende Blässe, vielknolliger Tumor, der bis zum Nabel heraufreicht. Operation am 14. VI.: Amputatio des Fundus uteri, Salpingektomia dextra, Salpingo-oophorektomia sinistra, Entfernung des Foetus. Operationsbefund: in der linken Beckenhälfte ein großer cystischer Tumor, alte Blutmassen, die Placenta und den 25 cm langen Embryo enthaltend, rechte Tube verdickt. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 29. VI.: rechts hinter dem Uterus noch große unempfindliche Resistenz, links einige Stränge.

Nr. 84. J.-Nr. 250. Fr. M. M., 32 Jahre alt, 1 Geburt vor 7 Jahren, seitdem Menses unregelmäßig, L. M. vor 5 Wochen, seit 3 Tagen Unbehagen, Leibschmerz, Brechreiz, 16. VI. Collaps, Erbrechen, Leibschmerz. Aufnahme am 16. VI.: sehr blasses Aussehen, Resistenz im Douglas, Flankendämpfung. Sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Adnexe in Adhaesionen eingebettet, Fimbrienende in der Tiefe fixiert. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 8. VII.: rechts neben dem Uterus noch Resistenz.

Nr. 85. J.-Nr. 263. Fr. D. W., 29 Jahre alt, 2 Geburten, 1 Abort, Menses regelmäßig, L. M. 27. IV., am 21. VI. Schmerzen, Ohnmachtsanfall, Blutung. Aufnahme am 21. VI.: sehr blasses Aussehen, Leib druckempfindlich, Flankendämpfung. sofortige Operation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierte Graviditas tubaria ampullaris rechts. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 3. VII.: kein krankhafter Befund.

Nr. 86. J.-Nr. 338. Fr. A. H., 38 Jahre alt, keine Anamnese. Aufnahme am 15. VII. Operation am 21. VII.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: Graviditas tubaria dextra mit Haematocele peritubaria. Linke Adnexe frei. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 5. VIII.: Uterus nach hinten fixiert.

Nr. 87. J.-Nr. 360. Frl. F. M., 21 Jahre alt, Nullipara, gestern plötzlich Schmerzen. Aufnahme am 22. VII.: sehr blasses Aussehen,

Abdomen druckempfindlich, Flankendämpfung. Operation am 22. VII.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut im Bauch, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, linke Adnexe normal. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 30. VII.: Uterus nach rechts herübergezogen, anteflektiert.

Nr. 88. J.-Nr. 414. Fr. H. T., 23 Jahre alt, früher operiert wegen Sterilität, wegen Periadnexitis dextra Resektion der rechten Tube, Menses regelmäßig, L. M. Anfang März, seit Anfang Juni Dauerblutung, am 26. Juni Curettage, seitdem Fieber. Aufnahme am 14. VII.: krankes Aussehen, im Douglas ein den Uterus überragender Tumor. Bei Punktion des Douglas Aspiration von altem Blut. Vaginale Incision und Drainage. Langsame Entfieberung. Entlassung am 1. IX.: Im Douglas noch unempfindliche Schwielen.

Nr. 89. J.-Nr. 375. Fr. D. S., 24 Jahre alt. 1910 wegen Tubargravidität links operiert confer. Nr. 2, L. M. Anfang Juni, seit 18. Juli Blutung und Schmerzen. Aufnahme am 27. VII.: gesundes Aussehen, im Douglas ein cystischer, wenig druckempfindlicher Tumor. Operation am 6. VIII.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack rechts, Haematocele retrouterina, linke Adnexe fehlen. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 25. VIII.: kein krankhafter Befund.

Nr. 90. J.-Nr. 346. Fr. E. B., 34 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 7 Jahren, weißer Fluor, Menses regelmäßig, L. M. 2. VII., seit 14 Tagen Schmerzen im Leib rechts. Aufnahme am 17. VII.: gesundes Aussehen, Uterus retroflektiert, geringer Descensus. Operation am 21. VII.: Colpoperineoplastik und Alexander-Adams, am 3. VIII. Fieberanstieg, zunehmende Blässe, Schmerzempfindlichkeit und Flüssigkeitsansammlung im Leib, Aspiration von flüssigem Blut bei Punktion des Douglas. Sofortige Operation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, Graviditas tubaria dextra, Abort und Ruptur. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 24. VIII.: Uterus anteflektiert, rechts vom Uterus das etwas vergrößerte Ovarium.

Nr. 91. J.-Nr. 420. Fr. E. B., 24 Jahre alt, 2 Geburten, letzte 1912, kein Abort, Wochenbetten normal, Menses regelmäßig, L. M. Ende Juni, 8 Tage später Beginn einer Dauerblutung, beim Tragen eines Wassereimers plötzlich Schmerzen im Leib rechts, seitdem häufig Schmerzen, besonders beim Stuhlgang. Aufnahme am 12. VIII.: gesundes Aussehen, rechts vom Uterus ein weicher Tumor. Operation am 13. VIII.: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: tubarer Fruchtsack rechts, Abort und Ruptur, linke Adnexe normal. 4 Tage post operationem Temperatur 39,2 °, sonst glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 28. VIII.: Uterus anteflektiert, keine Druckempfindlichkeit.

Nr. 92. J.-Nr. 412. Fr. M. M., 29 Jahre alt, Fluor albus seit 6 Jahren, Menses regelmäßig, L. M. Mitte August, 5 Tage zu spät, Dauer der Blutung 14 Tage. Am 1. IX. plötzlich starke Schmerzen, Erbrechen. Aufnahme am 1. IX.: hochgradige Blässe, fast pulslos, Flankendämpfung. Sofortige Notoperation: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: Viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack links. Am 6. Tag post operationem Temperatur 39,2°, Giemen und Rasseln auf den Lungen. Entlassung am 23. IX.: Uterus retroflektiert, im Douglas druckempfindliche Resistenz.

Nr. 93. J.-Nr. 524. Frl. C. H., 25 Jahre alt, Nullipara, Menses regelmäßig, L. M. 2. VIII. 13. Seit 2. IX. Schmerzen und Dauerblutung. Aufnahme am 17. IX. 13: blasses Aussehen, Tumor im Douglas, am 19. IX. plötzlich zunehmende Blässe. Sofortige Operation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: Viel Blut im Bauch, Graviditas tubaria dextra, Haematocele retrouterina. Rekonvalescenz verzögert durch Bauchdeckenabscess. Entlassung am 26. X. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 94. J.-Nr. 562. Fr. A. H., 27 Jahre alt, Nullipara, vor 4 Jahren wegen Hydrosalpinx dextra operiert, Menses regelmäßig, L. M. am 24. VII., seit 12. IX. Schmerzen und Dauerblutung. Aufnahme am 1. X. 13: keine auffallende Blässe, Tumor im Douglas. Operation am 3. X.: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: Graviditas tubaria dextra, Haematocele retrouterina. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 24. X. 13: kein krankhafter Befund.

Nr. 95. J.-Nr. 470. Fr. E. E., 29 Jahre alt, 3 Geburten, letzte 1912, kein Abort, Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. Ende Juli, seit dem 14. VIII. Dauerblutung. Aufnahme am 29. VIII.: blasses Aussehen, großer Tumor im Douglas, Fieber, 30. VIII. Vaginale Incision und Drainage. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 16. IX.: Incisionswunde geschlossen, in beiden Parametrien und im Douglas derbes Infiltrat.

Nr. 96. J.-Nr. 355. Fr. C. H., 24 Jahre alt, 2 Geburten, kein Abort, Wochenbetten fieberfrei, Menses unregelmäßig, L. M. Anfang April, 20. V. Blutung, Schmerzen beim Gehen. Aufnahme am 21. VII.: geringe Blässe, der linken Uterusecke aufsitzend ein wallnußgroßer Tumor. Operation am 29. VII. 13: Salpingektomia sinistra. Operationsbefund: der linken Uterusecke aufsitzender tubarer Fruchtsack. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 10. VIII.: kein krankhafter Befund.

Nr. 97. J.-Nr. 645. Fr. A. K., 36 Jahre alt, 1 Geburt 1896, 4 Aborte, 1904 wegen Extrauteringravidität linke Tube und Ovarium

entfernt, danach 3 von den 4 Aborten, letzter vor 2 Jahren. Wochenbetten fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. im September, seitdem morgendliches Erbrechen, am 24. X. plötzlich Schmerzen und Ohnmachtsanfall. Aufnahme am 24. X. 13: blasses Aussehen, Tumor rechts hinter dem Uterus. Sofortige Operation: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, Tubarabort rechts, linker Tubenrest geschlossen. Aus dem Stichkanal des Uterus fließt gelbe Flüssigkeit. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 9. XI. 13.: scheinbar keine intrauterine Gravidität.

Nr. 98. J.-Nr. 611. Fr. A. P., 30 Jahre alt, wird bewußtlos, fast vollständig ausgeblutet eingeliefert und sofort operiert, am 17. X. 13: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, Placenta und Embryo enthaltend, kommt wegen der fortbestehenden hochgradigen Anämie 2 Tage post operationem ad exitum. Die Sektion ergibt außer der hochgradigen Anämie noch eine Lungenembolie.

Nr. 99. J.-Nr. 625. Fr. S. N., 31 Jahre alt, wird am 21. X. bewußtlos und hochgradig anämisch eingeliefert mit der Angabe, seit 4 Tagen beständen Schmerzen und Blutung. Sofortige Operation: Salpingo-oophorektomia dextra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts, während der Operation exitus infolge der hochgradigen Anämie.

Nr. 100. J.-Nr. 573. Fr. M. H., 30 Jahre alt, 1 Geburt vor 6 Jahren, Wochenbett fieberfrei, Menses regelmäßig, L. M. 20.—24. IX., seit 22. IX. dauernde Schmerzen, am 25. IX. heftiger Schmerz und Schwindelanfall. Aufnahme am 25. IX. 13: hochgradige Blässe, kleiner Puls, Flankendämpfung. sofortige Notoperation: Salpingektomia dextra. Operationsbefund: viel flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rupturierter tubarer Fruchtsack rechts. Rekonvalescenz glatt. Entlassung am 12. X.: Resistenz im Douglas.

Nr. 101. J.-Nr. 613. Fr. J. R., 34 Jahre alt, 3 Geburten, wird ohne Anamnese am 30. IX. 13 aus der med. Klinik, wo sie wegen Pneumonie des linken Unterlappens eingeliefert war, zur Entbindung in die Frauenklinik verlegt. Die Entbindung wird nach Dilatation des Muttermundes durch Wendung auf den Fuß und nachfolgende Extraktion bewerkstelligt. Während der dann folgenden manuellen Lösung der Placenta gelangt die Patientin ad exitum. Sektionsbefund: ausgetragene Extrauteringravidität, Perforation des Fundus uteri, so daß dadurch die Extraktion des Kindes per vias naturales möglich wurde.

Lebenslauf.

Am 1. Januar 1890 wurde ich als Sohn des Rechtsanwalts Heinrich Forche in Insterburg geboren. Von Ostern 1899 bis Ostern 1908 besuchte ich das dortige Realgymnasium, das ich mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte dann in Freiburg, Marburg und Königsberg, bestand in Königsberg im Juli 1910 das Physikum und nach 5 weiteren Semestern in München und Berlin im Juli 1913 in Berlin das medizinische Staatsexamen. Seit September 1913 bin ich Medizinalpraktikant an der Universitätsfrauenklinik zu Kiel.